

1 Therapeutisches Milieu und Healing Environment

Franka Baudisch und Michael Linden

1.1 Bedeutung des therapeutischen Milieus

Die Beschäftigung mit dem therapeutischen Milieu einer Klinik hat in der Medizin und speziell auch der Psychiatrie eine lange Tradition. Insbesondere die Erkenntnisse über Infektionen in Krankenhäusern im 19. Jahrhundert oder die Forschung zu Hospitalismusschäden bei chronisch psychisch Kranken im 20. Jh. führten zur Anerkennung der Notwendigkeit einer überlegten baulichen und organisatorischen Gestaltung von Klinikumwelten (Almond 1975, Dettenkofer und Tabori 2006, Finzen 1974, Kramer et al. 2001; Wing und Brown 1970). Es sollte sichergestellt werden, dass die Umwelt, in die man den Patienten einbrachte, ihn nicht zusätzlich krank machte oder belastete (z. B. Verhinderung von Infektionen durch Hygienemaßnahmen, Zergliederung des Gebäudekomplexes, Belüftung etc. oder Verhinderung von Unter- oder Überstimulation bei psychotischen Patienten). Zusätzlich ist bereits seit dem 19. Jahrhundert und insbesondere seit dem 20. Jahrhundert auch das bewusste Bemühen zu verzeichnen, Klinikumwelten so zu gestalten, dass sie sich nicht nur nicht-schädlich, sondern wohltuend oder heilend auswirken und einen möglichst optimalen Behandlungsverlauf unterstützen.

Die Beschreibung und Bewertung des therapeutischen (Klinik-)Milieus kann in Relation zum häuslichen Milieu der Patienten erfolgen. Die Aufnahme in ein Klinikmilieu bot zunächst auch Schutz für das häusliche Milieu, infektiös Kranke wurden hier beispielsweise isoliert (Pesthütten, Leprosorien, Siechenhäuser,

Quarantänestationen, Isolierstationen; vgl. Eckart 2008). Andererseits wurde dem therapeutischen Klinikmilieu das pathogene häusliche Milieu gegenübergestellt. Kliniken wurden als Lebensräume verstanden, in die man Kranke aufnehmen kann, um sie ungünstigen physikalischen oder sozialen Rahmenbedingungen zuhause zu entziehen.

Menschen, die sich zur Behandlung in eine Klinik begeben, verlassen also ganz oder teilweise ihr natürliches und sozial bedingtes Umfeld bzw. ihre Lebensumstände (d. h. ihr häusliches Milieu) und wechseln in ein therapeutisches Milieu, in dem eine bewusste Strukturierung der Umwelt vorgenommen wird, von der in Ergänzung zu den therapeutischen Maßnahmen im engeren Sinne ein positiver Einfluss auf den aktuellen Erkrankungszustand erwartet wird (Almond 1975, Clark 1977, Heim 1985). Sieht man einmal von der Notwendigkeit zur Notfallüberwachung und Intensivbehandlung als Grund für eine stationäre Behandlung ab, kann die Aufnahme von Patienten in ein therapeutisches Milieu und die Herausnahme aus ihrem häuslichen Milieu als wichtiger, wenn nicht einziger Grund für eine stationäre Behandlung gesehen werden.

Allgemein können Umweltbedingungen als pathogener oder salutogener Faktor bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten verstanden werden; dies gilt für das häusliche wie therapeutische Milieu gleichermaßen (vgl. Tab. 1). Sie können Schutz vor psychischen und physikalischen Belastungen, Rückzugsmöglichkeiten und nicht zuletzt Zuwendung und (therapeutische) Unterstützung bieten. Gleichzeitig können sich durch die häusliche wie therapeutische Umwelt auch Belastungen durch Anforderungen und Pflichten, interpersonale Konflikte, soziale Isolation oder ungünstige räumliche oder physikalische Gegebenheiten (z. B. Lärm, Enge, Infektionsgefahren etc.) ergeben. (vgl. Tab. 1).

Historisch haben sich die Veränderungen und Entwicklungen der Hospitalarchitektur, -struktur und -organisation seit dem Mittelalter analog zu den zeitgenössischen Krankheits- und Behandlungsvorstellungen entwickelt (Jetter 1973, Labisch 1992, Murken 1988). Dies gilt insbesondere auch für den Bereich der Psychiatrie (z. B. Haselbeck 1985, Müller et al. 1996, Müller 1997, Rössler 1992, Otto 1986, Winnicott 1974). Das therapeutische Milieu bzw. die Milieuthérapie ist einerseits eine wesentliche Rahmenbedingung für den therapeutischen Prozess und Koordinationsinstanz aller therapeutischen Leistungen (Bundesministerium für Gesundheit 1996). Es kann andererseits aber auch als ein eigenständiges therapeutisches Instrument verstanden werden (Canter und Canter 1979, Deister 2003, Eikermann und Zacharias 2003, Heeg 1994, Ittelson et al. 1974). Vor allem (kommunikations-)psychologische und organisatorische Aspekte der Gestaltung des therapeutischen Milieus wurden auch unter den Begriffen „therapeutische Gemeinschaft“ oder „Stationsatmosphäre“ diskutiert und in neuen Organisationsstrukturen erprobt (z. B. Clark 1977, Deubelius 1981, Hilpert et al. 1981, Jones 1956, Kayser et al. 1973, Kennard 1998, Main 1946, Ploeger et al. 1972, Rapoport 1960, Yablonsky 1990).

1.1 Bedeutung des therapeutischen Milieus

Tab. 1 Beispiele für positive und negative Einflüsse eines häuslichen oder therapeutischen Milieus

Salutogene und Unterstützungsfaktoren
Schutz vor psychischen Belastungen
Schutz vor physikalischen Belastungen
Rückzugsmöglichkeit
Vertrautheit
psychische Unterstützung z. B. durch soziale Kontakte
pflegerische/therapeutische Unterstützung
sächliche Unterstützung
Pathogene und Belastungsfaktoren
Pflichten
Bevormundung und Ausgeliefertsein
psychische Belastungen und Konflikte
soziale Isolierung
eingeschränkte Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten
Infektionsmöglichkeiten
Fehlbehandlungen
toxikologische, klimatische und andere Belastungen

Nicht für jede Einrichtung oder Behandlungseinheit und jedes Therapieziel ist das gleiche therapeutische Milieu funktional und indiziert (Gunderson 1978, Moos 1975, Heim 1985). Das Milieu einer Intensivstation unterscheidet sich z. B. sinnvollerweise von dem einer psychiatrischen Akut-Station oder einer Rehabilitationsklinik. Mit Blick auf Patienten mit psychischen Störungen hat Heim (1985) eine Typisierung und Differenzierung therapeutischer Milieus vorgeschlagen und die folgenden Formen unterschieden:

- **Strukturierendes und überwachendes Milieu** in dem Patienten unter unmittelbare Kontrolle und Überwachung genommen werden können.
- **Equilibrierendes und beruhigendes Milieu** in dem Patienten Erholung, Regeneration und Ausgleich finden können.
- **Animierendes und anregendes Milieu** in dem Patienten aktiviert werden können.
- **Reflektierendes und schulendes Milieu** in dem Patienten zur Selbstverantwortung und aktiven Krankheitsbewältigung angehalten werden können.
- **Betreuendes und pflegendes Milieu** in dem Patienten versorgt werden, die nicht länger einer Therapie oder Rehabilitation zugänglich sind.

Der Grundgedanke dieser Typisierung nach unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Zielen kann auf jede Form therapeutischer Milieus (z. B. Praxen, Einrichtungen oder Kliniken) übertragen werden. Versucht man eine therapeutische Umwelt so herzustellen, dass sie gezielt im Sinne einer der beschriebenen Aufgabenstellungen wirksam werden kann, dann muss bekannt sein, welche Auswirkungen eine bestimmte Klinikorganisation bzw. -umwelt auf die Patienten und den Behandlungsverlauf haben, z. B. welche Ausstattung, Gestaltung, Lage, Personalstruktur oder Organisationsabläufe einer Klinik förderlich oder hindernd für den Heilungsprozess sind. Dazu gehört bereits die Wahl der Kliniklage (wohntfern vs. wohnortnah) oder Klinikform (d. h. ambulant vs. ganztags-ambulant/teilstationär oder vollstationär). Die behandlungsförderliche Gestaltung eines Klinikmilieus ist daher auch eine Aufgabe für die Qualitätssicherung in Akutkrankenhäusern wie Rehabilitationskliniken.

Die vorgenannten Zielbeschreibungen und Typenbildungen implizieren, dass das therapeutische Milieu einer Einrichtung als ein Zusammenspiel von funktionalen und ökologischen Aspekten verstanden werden kann und das neben normativen Bewertungsmaßstäben (z. B. Qualitätsstandards) auch das subjektive Erleben der Nutzer von entscheidender Bedeutung für die Beurteilung von Milieuqualitäten ist (Deister 2003, Heeg 1994, Linden et al. 2006). Im Folgenden soll dies näher dargestellt werden.

1.2 Funktionale Aspekte des therapeutischen Milieus

Therapeutische Milieus können qualitativ durch Dimensionen wie Kontrolle, Unterstützung, Struktur, Klarheit und Nachvollziehbarkeit in der Verteilung der Verantwortlichkeiten und Rollen, Engagement und Förderung einer aktiven Rolle des Patienten, Berücksichtigung der Individualität des Patienten oder Gestaltung der Behandlungsprogramme beschrieben werden (z. B. Gunderson 1978). Tabelle 2 gibt eine Übersicht über ausgewählte funktionale Merkmale therapeutischer Milieus (Linden 2004).

Tab. 2 Funktionale Merkmale des therapeutischen Milieus

Art der Patienten
Krankheitsspektrum
Zahl der Patienten pro Einheit
Personalstruktur
Personaldichte
Interaktionsregeln
Hierarchiestrukturen
Therapiepläne
Tagespläne

1.2 Funktionale Aspekte des therapeutischen Milieus

Die Aufnahme in eine Klinik und damit in ein therapeutisches Milieu bedeutet zunächst die Aufnahme in ein Lebensumfeld, in dem Zeit, Raum und die Ausstattung für Intensivtherapie nach einem abgestimmten Behandlungsplan zur Verfügung stehen. So können beispielsweise unter stationären Bedingungen einer Akut- oder Rehabilitationsklinik mehrdimensionale abgestimmte Interventionen realisiert werden. Das stationäre Setting erleichtert die Durchführung komplexer diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, die eine besondere Ausstattung oder vermehrten ärztlichen und pflegerischen Aufwand, wie z. B. Überwachung erfordern. Unter den gegebenen kontrollierenden Rahmenbedingungen können Behandlungen auch mit größerer Konsequenz durchgeführt werden. Ein Klinikumfeld bietet damit Raum für eine Intensivtherapie (vgl. Tab. 3). Die Aufnahme in ein therapeutisches Milieu bedeutet aber auch Entlastung und Entpflichtung von vielen Alltagsaufgaben und -belastungen. Dies gilt unabhängig von der medizinischen Fachrichtung. Die Wirkung eines therapeutischen Milieus geht dabei jedoch über den reinen Entlastungseffekt hinaus (Linden 2004, Linden et al. 2006). Das therapeutische Milieu bietet einen Schutzraum, in dem Fachkräfte dem Patienten im Rahmen der ständigen Arzt- und Pflegepräsenz zur Verfügung stehen. In der Klinikumwelt können Patienten in Kontakt mit anderen Menschen kommen, sei es mit dem Personal oder mit anderen Patienten. Gruppenbildungen sind im Idealfall professionell angeleitet, so dass sich Patienten gegenseitig motivieren und unterstützen können. Die Klinik bildet ein Umfeld für Modell-Lernen. Durch die Zusammenführung von Patienten mit ähnlichen Problemen können in einem therapeutischen Milieu auch weiterführende Kontakte hergestellt werden, die langfristig therapeutisch wirksam werden können (Selbsthilfeförderung). Von großer Bedeutung ist die Vorgabe einer Tagesstrukturierung und eines individuell angepassten Aktivitätsniveaus. In einem therapeutischen Milieu können Patienten geplant unter Anforderungen gestellt werden, z. B. durch die Verpflichtung zu pünktlichem Erscheinen oder einem regelmäßigen und konstanten körperlichen Training. Das therapeutische Milieu bietet dabei auch einen kontrollierten,

Tab. 3 Funktionen des therapeutischen Milieus

Raum für Intensivtherapie
 Entlastungsraum
 Schutzraum
 Motivationshilfe
 Modell-Lernen
 Selbsthilfeförderung
 Tagesstruktur
 Anforderungsumfeld
 Erprobungsfeld
 Beobachtungsraum

geschützten Rahmen für Selbsterprobung. Eine besondere Bedeutung hat das therapeutische Milieu schließlich für die sozialmedizinische Begutachtung. Im stationären Rahmen ist eine intensive Beobachtung des Spontanverhaltens und dosierte Steigerung der Anforderungen möglich.

Ein Nachteil einer Entfernung eines Patienten aus dem natürlichen Lebensumfeld kann darin bestehen, dass der Übergang aus dem stationären Schutzraum zurück in den Alltag zu groß werden und es zu einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufs kommen kann. Außerdem sollte das stationäre Setting nicht zu einer Verstärkung von Vermeidungsverhalten oder durch Konfrontation mit den Problemen anderer Patienten zu einer Entmutigung führen.

Zur Beschreibung funktionaler und speziell psychologisch therapeutischer Milieucharakteristika bzw. zur Erhebung der Bewertungen durch die Nutzer stehen eine Reihe von Beurteilungsskalen zur Verfügung, von denen die Ward Atmosphere Scale (WAS) eine der bekanntesten ist (Moos 1975, vgl. auch Rössberg und Friis 2002). Deutschsprachige Adaptionen der WAS existieren in Form der Klinik-Umwelt-Skala (KUS) und des Stationsbeurteilungsbogens (SBB) (Krampen und Delius 1981, Engel et al. 1983).

1.3 Das ökologisch-therapeutische Milieu

Das Verhalten und Befinden von Menschen wird auch wesentlich von physikalischen Umweltfaktoren (z. B. Klima, Lärm), architektonischen Gegebenheiten (z. B. Rückzugsmöglichkeiten in einer Klinik) und städtebaulichen Aspekten (z. B. Lage, Nachbarschaft, Verkehrsanbindung) beeinflusst (s. Tab. 4). Diese Faktoren können in Abgrenzung zum funktionalen Milieu unter dem Begriff des ökologischen (therapeutischen/häuslichen) Milieus zusammengefasst werden (Linden et al. 2006). Sie sind auch für Kliniken von Relevanz und haben direkten Bezug zu medizinischen Parametern.

Die Gestaltung gebauter Umwelten, d. h. von Wohnungen, Gebäuden, Gebäudekomplexen bis hin zu Städten und stadtübergreifenden Regionen, erfolgt im Idealfall nutzerorientiert, d. h. die Optimierung der nutzerorientierten Gestaltung („social design“) hat nach umweltsychologischen Gesichtspunkten Vorrang gegenüber formalen und ästhetischen Aspekten („formalistic design“; Sommer 1983, Schuemer 1998).

Wohnung und Wohnumfeld aber auch Klinikumwelten ermöglichen die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse eines Menschen (biologisch-physiologische, Sicherheits- und Schutzbedürfnisse; Maslow, 1954), bieten aber darüber hinaus auch Raum zur Befriedigung weiterer Wohnbedürfnisse z. B. nach Privatheit, Vertrautheit, Aneignung, Sozialkontakt, Kontinuität und Selbstverwirklichung (vgl. Tab. 5; Bell et al. 2001, Fischer und Stephan 1990, Flade 1987, Flade 1990, Flade 2000, Flade 2005, Graumann 1990, Harloff und Ritterfeld 1993, Heeg 1994).

Tab. 4 Strukturparameter des ökologischen (therapeutischen/häuslichen) Milieus

Physikalische Umweltfaktoren (Beispiele)
Klima
Lärm
Städtebauliche Aspekte (Beispiele)
Lage
Nachbarschaft
Verkehrsanbindung
Architektonische Gegebenheiten (Beispiele)
Rückzugsmöglichkeiten
Platzangebot (vgl. auch Crowding)
Kommunikationswege
Kontaktmöglichkeiten
Medizinische Parameter (Beispiele)
Allergenbelastung
Strahleneinwirkungen
Infektionsgefahren
Toxikologische Einwirkungen

Die Qualität einer gebauten Umwelt wird unter den Stichworten der „Person-Umwelt-Kongruenz“ bzw. „Person-Umwelt-Passung“ analysiert (Fuhrer 1996, Schuster und Lantermann 2005) und kann nach Evans und McCoy (1998) auf folgenden Dimensionen bewertet werden:

- **Stimulation:** Die Reizbedingungen der Umwelt haben in ihrer Art und Intensität Einfluss auf das (Stress-)Erleben der Nutzer. Über- und Unterstimulation können das Wohlbefinden beeinflussen.
- **Gestaltungspassung und Lesbarkeit:** Klarheit und Verstehbarkeit der gebauten Umwelt; Grad der schnellen Identifizierung von Orten und deren Funktion
- **Kontrolle:** Möglichkeit, die soziale oder physikalische Umwelt verändern zu können
- **Erholungsqualitäten:** Ressourcenstärkende oder -aktivierende Eigenschaften der Umwelt

Die gesundheitsförderlichen und -abträglichen Aspekte einer Wohnumwelt und ihr Zusammenhang zu den Wohnbedürfnissen der Nutzer können auch für die Klinikumwelt evaluiert werden. Unter dem Begriff der „(Optimal) Healing Atmosphere“ befassen sich v. a. im englischsprachigen Raum Architekten, Mediziner, Psychologen und Gesundheitswissenschaftler mit der Ge-

Tab. 5 Wirkungen des ökologischen (therapeutischen/häuslichen) Milieus

Privatheit, z. B.
Geschützte persönliche Sphäre
Zugangskontrolle
Erprobung neuer Verhaltensweisen
Erholung
Kreativität
Katharsis
Vertrautheit
Entlastung
Emotionale Regeneration
Körperliche Regeneration

Aneignung, z. B.
Selbstwirksamkeit und Gestaltungskompetenz
Personalität, Ausdruck der individuellen Persönlichkeit
Identitätsstiftung

Sozialkontakt/Begegnung, z. B.
Familiäre Beziehungen
Gruppenzugehörigkeit
Intimität

Kontinuität/Selbstverwirklichung, z. B.
Lebensstil
eigene Historie

staltung einer heilenden Krankenhausumwelt – von Intensivstationen bis hin zu geriatrischen Betreuungseinrichtungen. Ziel dieser Bemühungen ist es, nach Studienlage Anforderungskataloge im Sinne eines „Evidenzbasierten Designs“ zu erstellen (Craft 2005, Mobach 2004; Ulrich et al. 2004). Dabei wird beispielsweise der positive Einfluss von Privatheit bzw. Einzelzimmern, der Reduktion des Geräuschpegels, gesundheitsförderlicher Ablenkungen und Raum- sowie Außenbereichsgestaltungen, sinnvoller Leit- und Orientierungssysteme in Krankenhäusern oder individuell einstellbarer Licht- und Luftquellen diskutiert (Barlas et al. 2001, Berglund et al. 1999, Blomkvist et al. 2005, Carpman 1993, Carpman et al. 1985, Chaudhury et al. 2005, Gast und Baker 1989, McCormik und Shepley 2003, Parsons und Hartig 2000, Shepley und Davies 2003, Ulrich 1991, Ulrich 1999, Ulrich et al. 2003, Ulrich et al. 2004, Zimring, 1990, Zimring 2002).

Die Berücksichtigung dieser Milieuaspekte dient der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung. Gerade die behandlungsförderliche Gestaltung eines ökologisch-therapeutischen Milieus einer Klinik kann intendiert von normalen Vorstellungen an ein Wohnmilieu abweichen (z. B. Isolation, Reizarmut, Verhinderung von Rückzug etc.). Die architektonische Gestaltung einer Klinik hat auch unmittelbar Auswirkungen auf die Regulierung sozialer Kontakte. Sie kann soziale Kontakte auch außerhalb therapeutischer Interaktionen ermöglichen, fördern, aber auch einschränken, z. B. durch eine Strukturierung des Gebäudes in Zonen mit unterschiedlichem Öffentlichkeitsgrad, die sowohl Rückzug ermöglichen als auch Kontakte möglich machen (Altman 1975, Heeg 1994, Müller et al. 1996).

Auch die Beurteilung von Parametern des ökologisch therapeutischen Milieus durch die Nutzer können mit Instrumenten erfasst werden. In der Klinik-Umwelt-Skala (KUS) haben Krampen und Delius (1981) in Ergänzung zu den Items der Ward Atmosphere Skala einige Items aufgenommen, die die technisch-medizinischen Orientierung und die Wahrnehmung räumlicher Bedingungen abbilden. Ein speziell auf diesen Aspekt abgestimmtes Instrument ist der Wohnmilieu-Fragebogen (Linden et al. 2006). Siebzehn Items ermöglichen Vergleiche zwischen verschiedenen Milieus, z. B. zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationsklinik, voll- und teilstationärer Behandlung oder häuslichem und therapeutischem Milieu:

1. Ich habe verhältnismäßig viel Platz.
2. Meine Wohnung/Haus liegt verkehrsgünstig.
3. Es ist sauber.
4. Es ist ruhig.
5. Ich kann mich zurückziehen, wenn ich es möchte.
6. Meine Wohnung/Haus ist in gutem Zustand.
7. Ich habe allen Komfort (Dusche, Bad, WC), den ich brauche.
8. Wenn ich aus dem Fenster sehe, habe ich einen ansprechenden Ausblick.
9. Ich kann das Fenster offen stehen lassen./Ich kann mich an die frische Luft setzen.
10. Wenn ich in meiner Wohnung bin, kann ich meinen Interessen nachgehen.
11. Wenn ich in meiner Wohnung bin, kann ich meine Freizeit so gestalten, wie ich möchte, ohne besondere Rücksichten (z. B. auf andere Personen, Verpflichtungen) nehmen zu müssen.
12. Wenn ich in meiner Wohnung bin, kann ich mir Zeit für mich nehmen.
13. Die Einrichtung entspricht meinen Bedürfnissen.
14. Mir stehen alle Hilfsmittel zur Erledigung alltäglicher Verrichtungen zur Verfügung (z. B. Kaffeemaschine, Kochgelegenheit, Bügeleisen).
15. Mit den Menschen in meinem Wohnumfeld komme ich gut zurecht.
16. Wenn ich mich zur Ruhe begeben, werde ich nicht gestört.
17. Ich habe genug Privatsphäre.

Schlussfolgerungen

Die Überlegungen zu den Charakteristika und Wirkungsweisen des therapeutischen Milieus machen deutlich, dass es sich um ein indiziert einzusetzendes intentional gestaltetes therapeutisches Instrument handelt. Für verschiedene Patienten können unterschiedliche Ausgestaltungen des therapeutischen Milieus und unterschiedliche Grade der Einbindung in ein therapeutisches Milieu förderlich sein. Daher scheint für die Maximierung von Behandlungserfolgen das Angebot verschiedener Milieus in unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen auch in Form verschiedener Aufenthaltsformen (vollstationärer, teilstationärer und ambulanter) sinnvoll. Negative Folgen un-therapeutischer Milieus z. B. im Sinne von Hospitalismusschäden wie auch die Besserung von Krankheitszuständen nach stationärer Aufnahme ohne sonstige Intervention zeigen, wie wichtig es ist, das therapeutische Milieu in klinischen Einrichtungen theoriegeleitet und auf der Basis empirischer Ergebnisse nutzerorientierter Analysen zu gestalten.

Bezüglich der Versorgungsplanung wäre zukünftig der Behandlungsbedarf von Patienten danach zu beurteilen, bei wem ein entlastendes, schützendes, anregendes oder überwachendes therapeutisches Milieu geboten ist. Dabei sind sowohl Parameter des funktionalen als auch des ökologischen therapeutischen Milieus zu berücksichtigen.

Die Beschreibung und Erfassung des therapeutischen Milieus ist eine wichtige Aufgabe der Qualitätssicherung und Versorgungsplanung. Sie ermöglicht eine Schwachstellenanalyse und die Planung, Umsetzung und Evaluation von Änderungen in der Milieugestaltung zugunsten der Patienten.

Literatur

- Almond, R. (1975): Issues in milieu treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 12–26.
- Altman, I. (1975): *The Environment and social Behavior*. Monterey: Brooks/Cole.
- Barlas, D., Sama, A.E., Ward, M.F., Lesser, M.L. (2001): Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Annals of Emergency Medicine*, 38 (2), 135–139.
- Bell, P.A., Greene, T.C., Fisher, J.D., Baum, A. (2001): *Environmental psychology* (5th Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Berglund, B., Lindvall, T., Schwela, D.H. (1999): *Guidelines for community noise*. World Health Organization: Protection for the Human Environment.
- Blomkvist, V., Erikson, C.A., Theorell, T., Ulrich, R.S., Rasmanis, G. (2005): Acoustics and psychosocial environment in intensive coronary care. *Occupational and Environmental Medicine* (elektronische Ressource), 62, Quelle: <http://oem.bmj.com/cgi/reprint/62/3/e1> (letzter Zugriff: 23.03.09).
- Bundesministerium für Gesundheit. (1996): *Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken* (Bd. 74, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit). Baden-Baden: Nomos.
- Canter, D., Canter, S. (1979): *Building for therapy*. In: D. Canter, S. Canter, *Designing for therapeutic environments. A review of research* (p. 1–18). Chichester: Wiley und Sons.
- Carpman, J.R. (1993): *Design that cares: Planning health facilities for patients and visitors* (2nd ed.). Chicago: American Hospital Publishing.

1.3 Das ökologisch-therapeutische Milieu

- Carpman, J.R., Grant, M.A., Simmons, D.A. (1985): Hospital design and wayfinding: A video simulation study. *Environment und Behavior*, 17 (3), 296–314.
- Chaudhury, H., Mahmood, A., Valente, M. (2005): Advantages and disadvantages of single-versus multiple occupancy rooms in acute care environments. A review and analysis of the literature. *Environment and Behavior*, 37 (6), 760–786.
- Clark, D.H. (1977): The therapeutic community. *British Journal of Psychiatry*, 131, 553–564.
- Craft, N. (2005): The healing environment in our communities and healthcare settings: research excellence into practice. *Clinical Medicine*, 5, 296–298.
- Deister, A. (2003): Milieutherapie. In: H.J. Möller, G. Laux, H.P. Kapfhammer (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie* (2., neu bearb. und ergänzte Aufl., S. 798–805). Berlin: Springer.
- Dettenkofer, M., Tabori, E. (2006): Baumaßnahmen. In: F. Daschner, M. Dettenkofer, U. Frank, M. Scherrer (2006): *Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz* (3., vollst. Überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Deubelius, W. (1981): Therapeutische Gemeinschaft. In: G. Rexelius, S. Grubitzsch (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Grundbegriffe* (S. 1114 f.). Reinbek: Rowohlt.
- Eickart, W.U. (2008): *Geschichte der Medizin: Fakten, Konzepte, Haltungen*. Berlin: Springer.
- Eikelmann, B., Zacharias, B. (2003): Sozialpsychiatrische Therapie- und Versorgungsansätze. In: H.J. Möller, G. Laux, H.P. Kapfhammer (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie* (2., neu bearb., erg. Aufl., S. 225–240). Berlin: Springer.
- Engel, R.R., Knab, B., Doblhoff-Thun, C., v. (1983): *Stationsbeurteilungsbogen (SBB)*. Weinheim: Beltz.
- Evans, G.W., McCoy, J.M. (1998): When buildings don't work: The role of architecture in human health. *Journal of Environmental Psychology*, 18, 85–94.
- Finzen, A. (1974): *Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern*. München: Piper.
- Fischer, M., Stephan, E. (1990): Kontrolle & Kontrollverlust. In: L. Kruse, C.F. Graumann, E.D. Lantermann (Hrsg.), *Ökologische Psychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 166–175). München: Psychologie Verlags Union.
- Flade, A. (1987): *Wohnen – psychologisch betrachtet*. Bern: Huber.
- Flade, A. (1990): Wohnen und Wohnzufriedenheit. In: L. Kruse, C.F. Graumann, E.D. Lantermann (Hrsg.), *Ökologische Psychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 484–492). München: Psychologie Verlags Union.
- Flade, A. (2000): Stadt- und Architekturpsychologie. In: J. Straub, A. Kochinka & H. Werbig (Hrsg.), *Psychologie in der Praxis. Anwendungs- und Berufsfelder einer modernen Wissenschaft* (S. 662–686). München: dtv.
- Flade, A. (2005): Gestaltung von Umwelt. In: D. Frey & C.G. Hoyos (Hrsg.), *Psychologie in Gesellschaft, Kultur und Umwelt* (S. 333–339). Weinheim: Beltz.
- Fuhrer, U. (1996): Person-Umwelt-Kongruenz. In: L. Kruse, C.F. Graumann, E.D. Lantermann (Hrsg.), *Ökologische Psychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 143–153). München: Psychologie Verlags Union.
- Gast, P.L., Baker, C.F. (1989): The CCU patient: Anxiety and annoyance to noise. *Critical Care Nursing Quarterly*, 12 (3), 39–54.
- Graumann, C.F. (1990): Aneignung. In: L. Kruse, C.F. Graumann, E.D. Lantermann (Hrsg.): *Ökologische Psychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 124–130). München: Psychologie Verlags Union.
- Gunderson, J.G. (1978): Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, 41, 327–335.
- Harloff, H.J., Ritterfeld, U. (1993): Psychologie im Dienste von Wohnungs- und Siedlungsplanung. In: H.J. Harloff (Hrsg.), *Psychologie des Wohnungs- und Siedlungsbaus. Psychologie im Dienste von Architektur und Stadtplanung* (S. 31–44). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Haselbeck, H. (1985): Zur Sozialgeschichte der „Offenen Irren-Fürsorge“ – Vom Stadtasyl zum Sozialpsychiatrischen Dienst. *Psychiatrische Praxis*, 12, 171–179.
- Heeg, S. (1994): Zur Bedeutung des architektonischen Milieus in der stationären Psychotherapie und Rehabilitation. In: M. Zieleke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie* (S. 85–106). Weinheim: Psychologie-Verlagsunion.
- Heim, E. (1985): *Praxis der Milieutherapie*. Berlin: Springer.

1 Therapeutisches Milieu und Healing Environment

- Hilpert, H., Schwarz, R., Beese, F. (1981): Psychotherapie in der Klinik. Von der therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Ittelson, W., Prohansky, H., Rivlin, L., Winkel, G. (1974): Introduction to environmental psychology. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Jetter, D. (1973): Grundzüge der Hospitalgeschichte. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Jones, M. (1956): The concept of a therapeutic community. *American Journal of Psychiatry*, 112: 647–650.
- Kayser, H., Krüger, H., Mävers, W. (1973): Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft. Stuttgart: Thieme.
- Kennard, D. (1998): An Introduction to Therapeutic Communities. London: Jessica Kingsley.
- Kramer, A., Heeg, P., Botzenhart, K. (2001): Krankenhaus- und Praxishygiene. München: Urban & Fischer.
- Krampen, G. v., Delius, A. (1981): Die Klinik-Umwelt-Skalen (KUS). Fragebogen zur Stationswahrnehmung von Klinikpatienten. Universität Trier: Trierer psychologische Berichte 8.
- Labisch, A. (1992): Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt: Campus.
- Linden, M. (2004): Das therapeutische Milieu in der teilstationären Rehabilitation. Erkenntnisse aus der Forschung, Umsetzung in die Praxis. In: BfA (Hrsg.), *Ambulante Rehabilitation* (S. 95–105). Eigenverlag.
- Linden, M., Baudisch, F., Popien, C., Golombek, J. (2006): Das ökologisch-therapeutische Milieu in der stationären Behandlung. Der Wohnmilieufragebogen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 390–396.
- Main, T. (1946): The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10: 66–70.
- Maslow, A.H. (1954): *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- McCormik, M., Shepley, M.M. (2003): How can consumers benefit from therapeutic environments? *Journal of Architectural and Planning Research*, 20 (1), 4–15.
- Mobach, M. (2004): Evidence-based design. *Pharmacy World & Science*, 26, 245.
- Moos, R.H. (1975): *Evaluating correctional and Community Settings*. New York: Wiley.
- Müller, N., Blumenberg, U., Keul, A.G. (1996): Gestaltung, Ausstattung und Funktionalität psychiatrischer Stationen: eine Vergleichsuntersuchung. *Krankenhauspsychiatrie*, 7, 143–150.
- Müller, N. (1997): Historische und aktuelle Bauprinzipien psychiatrischer Kliniken. *Nervenarzt*, 68, 184–195.
- Murken, A.H. (1988): Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Köln: DuMont Buchverlag.
- Otto, B. (1986): Bruno Bettelheims Milieutherapie (2., erg. Aufl.). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Parsons, R., Hartig, T. (2000): Environmental psychophysiology. In: J.T. Cacioppo & L.G. Tassinary (Eds.), *Handbook of psychophysiology* (2nd Ed.; pp. 815–846). New York: Cambridge University Press.
- Ploeger, A., Bonzi, A., Markovic, A. (1972): Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Theorie und Praxis. Stuttgart: Thieme.
- Rapoport, R.N. (1960): *Community as Doctor*. London: Tavistock Publications.
- Rössberg, J.I., Friis, S. (2002): A suggested revision of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 374–380.
- Rössler, W. (1992): Wilhelm Griesinger und die gemeindenahere Versorgung. *Nervenarzt*, 63, 257–261.
- Schuemmer, R. (1998): Nutzungsorientierte Evaluation gebauter Umwelt. In: F. Dieckmann, A. Flade, R. Schuemmer, G. Ströhlein & R. Walden (Hrsg.), *Psychologie und gebaute Umwelt. Konzepte, Methoden, Anwendungsbeispiele* (S. 153–173). Darmstadt: Institut Wohnen und Umwelt.
- Schuster, K., Lantermann, E.-D. (2005): Erleben gebauter Umwelt. In: D. Frey & C.G. Hoyos (Hrsg.), *Psychologie in Gesellschaft, Kultur und Umwelt* (S. 340–347). Weinheim: Beltz.
- Shepley, M.M., Davies, K. (2003): Nursing unit configuration and its relationship to noise and nurse walking behaviour: An AIDS/HIV unit case study (elektronische Ressource).
- Sommer, R. (1983): *Social design. Creating buildings with people in mind*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ulrich, R.S. (1991): Effects of interior design on wellness: Theory and recent scientific research. *Journal of Health Care Interior Design*, 3 (1), 97–109.
- Ulrich, R.S. (1999): Effects of gardens on health outcomes: Theory and research. In: C. Cooper Marcus & M. Barnes (Eds.), *Healing Gardens* (pp. 27–86). New York: Wiley.

1.3 Das ökologisch-therapeutische Milieu

- Ulrich, R.S., Lawson, B., Martinez, M. (2003): Exploring the patient environment: An NHS estates workshop. London: The Stationary Office.
- Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A., Choudhary, A. (2004): The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. Report to the Center for Health Design.
- Vaughn, C.E., Leff, J.P. (1976): The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125–137.
- Wing, J.K., Brown, G.W. (1970): Institutionalism and Schizophrenia. London: Cambridge University Press.
- Winnicott, D.W. (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler.
- Yablonsky, L. (1990): Die Therapeutische Gemeinschaft. Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit. Weinheim: Beltz.
- Zimring, C. (1990): The costs of confusion: Non-monetary and monetary costs of the Emory University hospital wayfinding system. Atlanta: Georgia Institute of Technology.
- Zimring, C. (2002): Post occupancy evaluation: Issues and implementation. In: R.B. Bechtel & A. Chrchman (Eds.), *Handbook of environmental psychology* (pp. 306–319). New York: Wiley & Sons.